

PERMISO DE LA VACUNA CONTRA LA GRIPE (INFLUENZA) DE 2014/15

La información colectada en este formulario será usada para documentar el permiso para que su hijo reciba la vacuna contra la gripe de 2014-15. El registro de esta inmunización será compartido con el Registro Estatal de Inmunización (WIR) para otros proveedores de cuidado de salud.

Nombre del alumno (Apellidos, Primer nombre, segundo nombre)			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenina		
Fecha de cumpleaños Mes _____ Día _____ Año _____		Edad	Grado escolar	# Teléfono de casa	
Dirección de casa		Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Padre/madre/guardián			¿Podemos entrar esta vacuna en el Registro de Inmunizaciones de Wisconsin? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Por favor indique sus respuestas con círculo (rodee Sí o No):

1. ¿Está enfermo la persona que va a recibir la vacuna hoy?	SÍ	NO
2. ¿Tiene su hijo una alergia severa a los huevos?	SÍ	NO
3. ¿Su hijo una vez ha tenido una reacción seria a una vacuna contra la gripe?	SÍ	NO
4. ¿Su hijo una vez ha tenido el síndrome Guillain Barré entre 6 semanas de recibir una vacuna contra la gripe?	SÍ	NO

CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNA:

Yo he leído, o alguien me ha explicado, la declaración de la información de la vacuna contra la gripe de 2014-15. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo los beneficios y los riesgos de la vacuna y pido que mi hijo/a reciba la vacuna. Tengo la autoridad de dar este permiso.

Firma X _____

Fecha: _____

Form reviewed by: _____

Date: _____

FOR OFFICE USE**VIS date: 7/26/14**

2014-2015 Seasonal Flu: Route (circle one) =IM Body site (circle one) = RD or LD / RV or LV

Lot No: (.25) U4990CA

Manufacturer Sanofi Pasteur Lot No: (.5) UI191AA

Signature and title of person administering vaccine: _____ Date _____